DÉCLARATION RELATIVE À LA LOI SUR LES INFORMATIONS DANS LE CADRE DES ADOPTIONS**Instructions:**

- Section A - Doit être rempli par le Bureau régional des Adoptions du ministère californien des Services sociaux (CDSS), par l'agence d'adoption publique ou privée agréée ou par le fournisseur de services d'adoption (ASP).
- Section B - Doit être rempli et signé par le parent naturel et authentifié par un représentant agréé du Bureau régional des adoptions du CDSS, par l'agence d'adoption publique ou privée agréée ou par l'ASP.
- Section C - Doit être rempli par un Notaire public uniquement si la Section B n'est pas signée par un représentant du Bureau régional du CDSS.
Doit être rempli et signé devant un notaire lorsque la signature est apposée en dehors de l'État de Californie.
- Transmettre l'exemplaire original au Bureau régional des adoptions du CDSS ou au dossier de l'agence d'adoption publique ou privée agréée ; copie au parent naturel signant ce formulaire.

SECTION A

	_____	_____
	Nom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant
Pour le parent signant la renonciation	☐	_____
		Nom et adresse du Bureau régional des adoptions du CDSS ou de l'agence d'adoption agréée
Pour le parent dont les droits parentaux ont été retirés par ordonnance du tribunal	☐	_____
		Nom et adresse du Bureau régional des adoptions du CDSS ou de l'agence d'adoption agréée
Pour le parent signant le consentement	☐	California Department of Social Services, 744 P Street, M.S. 3-31, Sacramento, California 95814

SECTION B En vertu des Sections 8702 et 8818 du Code de la famille, les informations suivantes doivent vous être fournies.

- Il est dans le meilleur intérêt de l'enfant que, à titre de parent naturel, vous teniez informé le CDSS ou l'agence d'adoption agréée dont le nom et l'adresse figurent ci-dessus de tous problèmes de santé que vous pourriez avoir et qui seraient susceptibles de toucher l'enfant.
- Il est extrêmement important que, à titre de parent naturel, vous teniez informé de votre adresse le CDSS ou l'agence d'adoption agréée dont le nom et l'adresse figurent ci-dessus afin de leur permettre de répondre à toutes demandes de renseignements concernant vos antécédents médicaux ou sociaux.
- L'original de la renonciation ou du consentement sera classé au bureau du greffier du comté dans lequel l'adoption a lieu. Il ne peut être inspecté par quiconque, hormis les parties de la procédure d'adoption, leurs avocats et le CDSS, sauf sur ordonnance du juge de la cour supérieure.
- En vertu de la Section 9203 du Code de la famille, une personne qui a été adoptée et qui a atteint 21 ans est autorisée à adresser une demande au CDSS ou à l'agence d'adoption agréée dont le nom et l'adresse figurent ci-dessus afin d'obtenir le nom et l'adresse de son parent naturel. Vous pouvez indiquer si vous souhaitez ou non que votre nom et adresse soit ainsi révélé en cochant la case appropriée au no. 6 ci-dessous.
- À titre de parent naturel, vous pouvez changer d'avis à tout moment sur votre désir que votre nom et adresse soient révélés ou non en envoyant une lettre notariée à cet effet, par courrier recommandé avec accusé de réception, au CDSS, au Bureau régional du CDSS ou à l'agence d'adoption agréée dont le nom et l'adresse figurent ci-dessus.
- Indiquez en cochant l'une des cases ci-dessous si vous souhaitez ou non que votre nom et adresse soient révélés à votre enfant, comme décrit au paragraphe (4) ci-dessus.
 - OUI, je veux que mon nom et mon adresse soient révélés.
 - NON, je ne veux pas que mon nom et mon adresse soient révélés.
 - JE NE SUIS PAS CERTAIN(E) À CE MOMENT ; J'INFORMERAI L'AGENCE ULTÉRIEUREMENT.

Signature du parent naturel_____
Date_____
Signature du représentant du Bureau régional des adoptions du CDSS_____
Date